

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 853.

DE

L'ADÉNITE SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE

DANS LES

TUMEURS MALIGNES DU TESTICULE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges LESNÈS

Né à Épinal (Vosges), le 2 janvier 1872.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1893

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 853.

DE

L'ADÉNITE SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE

DANS LES

TUMEURS MALIGNES DU TESTICULE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges LESNÈS

Né à Épinal (Vosges), le 2 janvier 1872.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	BERNE.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	X.
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON.	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé.
DIDELOT.	RODET.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. LAROYENNE, *Assesseur*; MM. AUGAGNEUR et ROLLET (Étienne), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Nancy et de la Faculté de Lyon

A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ

MILITAIRE

INTRODUCTION

Pendant que nous étions stagiaire à la clinique chirurgicale, dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'observer chez deux malades porteurs de tumeurs malignes du testicule, une adénite sus-claviculaire de même nature que l'affection testiculaire. Dans une de ses cliniques, M. le professeur Poncet avait mis en relief cette particularité pathologique et avait attiré notre attention sur la valeur diagnostique et pronostique de cette infection ganglionnaire anormale à distance, en même temps qu'il insistait sur l'importance de cet envahissement ganglionnaire comme contre-indication de toute intervention chirurgicale. Il nous a engagé à prendre comme sujet de thèse, l'étude de cette complication éloignée du cancer du testicule et à rechercher dans la littérature chirurgicale des faits du même ordre. Nous nous sommes mis immédiatement à l'œuvre, et c'est le résultat de nos investigations que nous avons consigné dans ce travail, ayant la bonne fortune de donner le récit de deux observations inédites que nous avons recueillies dans le service de M. le professeur Poncet.

Ces deux observations forment la base de notre travail, aussi leur consacrons-nous immédiatement un

premier chapitre ainsi qu'aux deux autres faits à peu près semblables, qui sont les seuls, croyons-nous, qui aient été publiés sur ce sujet.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons la symptomatologie de l'infection ganglionnaire, sa marche, ses rapports avec la nature de la tumeur du testicule, son pronostic, enfin les indications, ou pour mieux dire les contre-indications thérapeutiques qui en découlent.

Dans le dernier chapitre qui précède nos conclusions, nous nous sommes efforcé d'élucider le mécanisme de l'adénite sus-claviculaire. Nous nous sommes inspiré ici des données anatomiques, des recherches anatomo-pathologiques les plus récentes sur la généralisation des tumeurs malignes, enfin, comme nous aurons encore l'occasion de le dire dans le cours de ce travail, nous avons mis à contribution les recherches antérieures de M. Troisier qui, dès 1888, avait signalé dans certains cancers viscéraux l'adénite sus-claviculaire gauche et en avait démontré l'intérêt.

Avant de quitter cette Faculté, ce nous est un devoir de remercier tous les maîtres dont nous avons recueilli l'enseignement,

M. le professeur Poncet a tout particulièrement droit à notre reconnaissance, pour les savantes leçons cliniques auxquelles nous avons eu l'honneur d'assister et pour les conseils que nous avons reçus de lui au sujet de ce petit travail.

CHAPITRE I.

Exposé historique et observations.

Virchow, d'après Hénoc'h, aurait le premier attiré l'attention sur l'adénite sus-claviculaire concomitante de cancers éloignés.

En 1854, Hénoc'h insiste à deux reprises sur l'importance de ce signe, d'abord à propos du cancer du foie, puis à propos du cancer de l'estomac. « Ce diagnostic devient plus certain, dit-il, quand on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule. »

Leube, s'exprime à peu près dans les mêmes termes :

« Un indice déjà plus certain de l'existence d'un cancer à l'estomac que la simple cachexie, c'est la tuméfaction des ganglions périphériques, avant tout de la région sus-claviculaire. »

Grisolle, en 1864, confirmait son diagnostic de cancer stomacal par l'existence de l'adénite sus-claviculaire.

Oppolzer, en 1865, s'exprime ainsi dans une leçon clinique: « Une autre circonstance qui peut encore être utilisée pour différencier le cancer de l'ulcère de

l'estomac, c'est l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, avant tout de la région sus-claviculaire. »

Jaccoud, en 1866, dans une clinique à l'hôpital de la Charité, insiste sur la valeur séméiologique des ganglions sus-claviculaires dans les cancers viscéraux.

Friedreich, en 1874, dans une leçon sur le cancer de l'estomac insiste sur la présence des ganglions dégénérés dans le creux sus-claviculaire.

En 1877, Mazand (1), étend cette adénite aux autres affections que le cancer stomacal : « Les tumeurs ganglionnaires du cou, dit-il, n'appartiennent pas exclusivement au cancer du médiastin. Sans compter toutes les affections locales et les états généraux qui peuvent s'accompagner de ce symptôme, il est des observations parfaitement précises qui nous le montrent se rattachant à l'envahissement cancéreux d'organes plus ou moins éloignés, tantôt le poumon, le péricarde et la plèvre, tantôt l'estomac, le péritoine ou le foie. *C'est là un fait moins généralement connu et aussi plus difficile à expliquer.* »

M. Belin (2) en 1888, dans sa thèse inaugurale sur les adénopathies à distance, cite plusieurs observations d'adénite sus-claviculaire dans les cancers viscéraux de l'abdomen et attribue cette adénite à la propagation du cancer par les ganglions médiastinaux.

C'est à M. Troisier, de Paris, que revient le mérite

(1) Mazand, des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral. (Th. de Paris).

(2) Belin. Thèse de Paris, 1888.

d'avoir plus particulièrement attiré l'attention des praticiens sur l'intérêt de cette adénopathie, à laquelle il attribue une grande importance dans les diagnostics des cancers de la cavité thoracique et même abdominale. « Son but (1), a été, dit-il, de montrer que l'adénopathie sus-claviculaire peut dépendre non seulement d'une affection cancéreuse d'un organe contenu dans la poitrine, mais encore d'organes plus éloignés, tels que le duodénum, le foie, le rein, l'utérus, l'ovaire. » Il relève 27 cas de cancers, dont 14 de l'estomac, 5 de l'utérus, 2 de l'ovaire, 2 du foie, 1 du duodénum, 1 du pancréas, 1 du rein, 1 des capsules surrénales. Il établit la fréquence de l'adénopathie à gauche. Sur les 27 cas, l'adénopathie siège dix-neuf fois à gauche et quatre fois à droite.

Dans vingt-deux cas, cette adénopathie était la seule manifestation extérieure du cancer : ce fait seul démontre l'importance de cette adénite.

Spinelli (2), tout récemment, rapporte quatre observations nouvelles d'adénopathie sus-claviculaire dans le cours de cancers abdominaux et pelviens (vagin, rectum, col de l'utérus) et tire des conclusions que nous aurons à discuter plus tard. D'après cet auteur, cette adénite coïncide presque toujours avec un état cachectique, sa valeur diagnostique est médiocre, car elle ne peut éclairer le diagnostic dans les cancers.

(1) Troisier. Archives de médecine, 1889.

(2) Spinelli. Sull'adenopatìa sopraclavicolarè, nei cancri degli organi della piccola pelvi e dell' abdome. (Rivista clinica e terapeutica, août, 1893.)

latents, et, dans le cas où les signes physiques permettent d'établir le diagnostic de tumeur maligne, elle est superflue.

Avant de rapporter nos observations portant sur l'adénite sus-claviculaire dans les tumeurs testiculaires, nous devons dire que nous sommes convaincu, par nos recherches sur les faits de ce genre, que faute d'être recherchée, l'adénite sus-claviculaire, a dû passer souvent inaperçue. Dans deux cas seulement nous la voyons signalée sans qu'on y attirât du reste l'attention.

Nous trouvons dans le livre de Virchow (Traité des tumeurs, tome II, page 367), l'indication d'un cas de sarcôme testiculaire publié par Lebert, où le sarcôme a envahi la cavité abdominale, la plèvre et les ganglions du cou. Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, opéré par Velpeau, d'un sarcôme du testicule, alors que le cordon était déjà envahi au-delà de l'anneau inguinal : il succomba treize mois après, avec des métastases dans la plèvre, les poumons et les glandes lymphatiques du cou.

Nous lisons dans le Bulletin de la Société anatomique (mai 1863), une relation de cancer du testicule avec envahissement des ganglions lombaires et des ganglions cervicaux.

Cela dit, voici nos quatre observations de néoplasme testiculaire, avec adénite sus-claviculaire gauche. Elles portent sur deux cas : l'un de sarcôme globocellulaire, l'autre de chondro-sarcôme, observés dans le service de M. le professeur Poncet, un cas de lymphadénôme et un cas de carcinôme.

OBSERVATION I (inédite).

CHONDRO-SARCOME DU TESTICULE DROIT. — ADÉNITE SUS-
CLAVICULAIRE SARCOMATEUSE GAUCHE. — MORT DE
GÉNÉRALISATION.

L. C..., 37 ans, employé de commerce, entre le 11 février à la salle Saint-Philippe, n° 3, dans le service de M. le professeur Poncet.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une attaque d'apoplexie; mère morte d'une affection thoracique aiguë.

Antécédents personnels. — Le malade n'accuse aucune maladie antérieure, sauf une prédisposition à tousser; il s'enrhume tous les hivers; cette année, il a eu quelques hémoptysies.

Il y a 8 mois, le testicule droit a commencé à enfler, il était plus dur qu'à présent, a augmenté progressivement de volume, et a subi un accroissement plus marqué depuis le mois de janvier. Depuis un mois, il a cessé d'augmenter.

Au mois de janvier, le malade a eu une pleurésie droite, qui a guéri sans ponction; à cette époque, le malade avait déjà remarqué, depuis un mois, une grosseur au niveau du creux sus-claviculaire gauche. Cette tumeur avait le volume d'un pois, et roulait difficilement sous la peau. Depuis, elle a augmenté progressivement de volume, et depuis quinze jours elle est stationnaire; aujourd'hui, elle a la grosseur d'une mandarine, mais allongée transversalement. Elle n'est pas douloureuse, ni spontanément, ni à la pression, et donne une sensation de fluctuation. Elle est assez mobile sous les plans sus-jacents; elle est isolée, et l'on ne constate pas de pléiade ganglionnaire avoisinante. Deux ponctions faites à un mois de distance, n'ont ramené que du sang.

Au testicule droit, on constate une tumeur en gourde bilobée, fluctuante; en arrière, au niveau du siège habituel de la glande, on sent une tumeur solide. On n'isole pas l'épididyme. On ne trouve pas la transparence partout. La pres-

sion du point correspondant au testicule, provoque la sensation testiculaire, mais atténuée.

Aux poumons, à la percussion, on trouve la sonorité un peu diminuée à gauche ; à l'auscultation, on entend quelques râles sous-crépitaux après la toux.

Rien aux autres organes. Forte fièvre, 40°4.

19 février, opération : incision de la tumeur sus-claviculaire gauche. Elle donne issue à du tissu sarcomateux, qui se désagrège facilement.

Ponction de la vaginale ; on retire 180 grammes environ d'un liquide fortement teinté. Castation. Gros sarcôme du testicule, présentant des points dégénérés. Tous les éléments de la glande sont englobés par la tumeur, et ne sont pas reconnaissables ; on distingue cependant l'épididyme, dont la tumeur est plus molle que celle du testicule.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un chondro-sarcôme.

La température tombe le lendemain à 37°5.

Le malade s'affaiblit et se cachectise progressivement. Il meurt le 11 mars. Température 40°5.

Autopsie, 36 heures après.

À l'ouverture de la cage thoracique, épanchement pleural sanguinolent à droite ; quelques adhérences à gauche. Les deux poumons présentent un grand nombre de noyaux de généralisation, dont les plus gros ont au moins le volume d'un abricot ; à la coupe, on leur trouve la consistance de la matière cérébrale ramollie. Les ganglions du hile sont dégénérés et constituent une série de noyaux, dont le dernier est en communication avec les ganglions sus-claviculaires gauches. Celui qu'on a enlevé était le dernier de la chaîne. Derrière la plèvre, nous trouvons également des noyaux du volume d'une noix. Au cœur, un peu d'aortite.

Dans l'abdomen, on trouve d'énormes masses ganglionnaires, disposées le long de la colonne vertébrale ; ces masses, entourées d'une coque très mince, se désagrègent facilement, laissant échapper leur contenu, analogue à de la bouillie

analogue à celle qui s'est échappée de l'ouverture du ganglion sus-claviculaire. Au niveau de la fosse iliaque droite, est une énorme masse, pesant plus de deux kilos, formée par l'agglomération de ganglions iliaques, envahis par le néoplasme. Les veines iliaques et la veine cave inférieure, sont remplies de bourgeons cancéreux pendant dans leur cavité.

Le rein droit est complètement entouré de masses sarcomateuses, se continuant avec celles de la fosse iliaque. Dilatation de l'uretère et pyonéphrose. Le rein gauche est simplement gros-blanc et lisse. Pus dans la vessie.

Rien au foie, ni dans la veine porte.

Rate grosse et diffluente.

OBSERVATION II (Inédite).

SARCOME GLOBO-CELLULAIRE DU TESTICULE GAUCHE.

CASTRATION DATANT DE 17 MOIS. ADÉNITE SARCOMATEUSE
SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE. MORT DE GÉNÉRALISATION.

C. C..., 20 ans, employé de banque, entré le 20 avril 1893, salle Saint-Philippe, dans le service de M. le professeur Poncet.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure jusqu'à l'âge de 9 ans. On l'a toujours cependant considéré comme anémique.

A 9 ans, arthrite du genou gauche qu'on a traitée par des pointes de feu et un silicate (l'articulation du genou n'était pas très gonflée, mais il avait des points douloureux, vraisemblablement il s'agissait d'une forme sèche de tuberculose du genou). Au bout de quatre ans, le malade a pu marcher mais a dû se servir d'un tuteur pendant deux ou trois ans. Actuel-

lement, le genou est complètement ankylosé dans la rectitude. Le malade boite légèrement mais n'est pas gêné pour marcher et peut faire de grandes courses. Raccourcissement de deux centimètres.

Au mois d'août 1891, le malade s'aperçut que son testicule gauche enflait ; il entre au mois de novembre à l'Hôtel-Dieu dans le service du docteur L. Tripier : la glande testiculaire était alors grosse comme le poing et très dure, il subit la castration du côté gauche.

Voici les résultats de l'examen histologique pratiqué à cette époque : Les coupes ont porté sur une portion de la tumeur où l'évolution paraissait la plus active et où il n'y avait ni ramollissement ni hémorragie. On constate que dans toute l'étendue de la coupe, il n'y a pas autre chose que des cellules rondes, volumineuses, pourvues de gros noyaux nucléolés. Certaines de ces cellules contiennent trois et même quatre noyaux, elles ont huit à dix fois le volume d'un globule sanguin. Le protoplasma ne se colore absolument pas par le carmin. Les vaisseaux sont très abondants, mais ils n'ont pas toutes les tuniques qui constituent un vaisseau normal, ce sont des vaisseaux embryonnaires. Il s'agit d'une tumeur maligne, d'un sarcome globo-cellulaire.

Depuis son opération, le malade s'est bien porté, mais il a depuis trois mois environ, des douleurs du côté des reins qui sont assez fortes pour l'empêcher de dormir la nuit. Le malade a maigri beaucoup depuis quinze jours ; il n'a plus d'appétit depuis un mois.

Depuis deux mois et demi, il a vu apparaître au-dessus de la clavicule gauche un ganglion indolore comme une petite noix et très mobile. Depuis quatre jours, il est devenu un peu moins mobile et douloureux, il aurait même, d'après le malade, triplé de volume en vingt-quatre heures.

Aujourd'hui, le ganglion est adhérent et fait comme corps avec la clavicule, il est douloureux à la pression mais non spontanément et occasionne quelques douleurs dans l'épaule.

Les ganglions inguinaux gauches ne sont pas plus marqués que du côté droit.

Pas de signes pulmonaires.

Le malade quitte l'hôpital le 23 avril, M. le professeur Poncet ayant jugé toute intervention chirurgicale inutile.

Il a succombé à la généralisation dans les premiers jours de juillet.

OBSERVATION III (1) (Résumée).

LYMPHADÉNOME DU TESTICULE DROIT. ADÉNITE SUS CLAVICULAIRE GAUCHE.

R..., 52 ans, bijoutier, entre le 8 octobre 1877 dans le service de M. Nicaise.

9 octobre. Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade qui intéresse l'état actuel : une éruption généralisée au mois d'avril qu'il qualifie de rougeole.

Etat actuel. — Le malade a un teint brun-jaunâtre qu'il dit lui être naturel. Le testicule droit présente le volume d'un gros œuf de dinde, où l'on ne peut distinguer ce qui appartient à l'épididyme ou à la glande. La surface de la tumeur est unie : sa consistance est analogue à du tissu fibreux : le malade n'accuse aucune douleur ni spontanément ni à la pression : pas de liquide dans la tunique vaginale. Le malade dit qu'il est impuissant depuis une dizaine d'années. Le testicule gauche paraît sain mais un peu mou. Le malade se plaint de douleurs sciatiques qui l'empêchent de dormir.

A l'examen du thorax, on aperçoit, faisant bomber la paroi thoracique, une volumineuse tumeur qui fait saillie dans le triangle sus-claviculaire gauche. Cette masse, non lobulée, s'insinue sous la clavicule, soulève la masse pectorale, et ar-

(1) Talavera. Thèse de Paris. Du lymphadénome du Testicule.

rive jusqu'au bord antérieur de l'aisselle. Sa consistance est assez molle et uniforme, nulle part on ne trouve de fluctuation ; elle est indolore spontanément et à la pression ; mais elle détermine par accès des crises douloureuses, dues à des phénomènes de compression du plexus brachial.

Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'autres tumeurs sur la surface du corps.

14 octobre. Le malade, rend sans efforts de toux, des crachats sanglants, brunâtres et un peu visqueux ; toujours rien aux poumons à l'auscultation. Le malade est dans une somnolence continuelle.

Le 17. Ecoulement de sang abondant par la bouche.

Le 20, le malade meurt.

Autopsie. — La tumeur sus-claviculaire atteint le volume d'une tête d'adulte, se décolle difficilement ; en certains endroits elle envoie des prolongements qui s'infiltrent en lames dans le tissu cellulaire voisin. Consistance molle ; à la coupe elle présente un aspect franchement encéphaloïde ; sa coloration est d'un gris blanchâtre, parsemée de noyaux bruns ; il y a de nombreux foyers d'hémorragie.

Le testicule droit est augmenté de volume, mesure 8 centimètres verticalement sur 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur. Rien dans la vaginale. Sur la tunique albuginée on trouve des plaques saillantes rosées surtout sur le bord antérieur et la face externe. A la coupe, on voit un tissu jaunâtre, d'une teinte uniforme et un peu plus rougeâtre vers le bord supérieur. Le long de la colonne vertébrale et à gauche, une chaîne de ganglions attenant à la colonne vertébrale. Rien aux poumons, ni aux ganglions du médiastin.

A l'examen histologique pratiqué par M. Chambard, le tissu conjonctif testiculaire est transformé en tissu conjonctif réticulé, caractérisé par des fibres fines assez réfringentes, à direction rectiligne, entrecroisées dans toutes les directions. A la surface de ces fibres sont appliquées des cellules plates et les mailles qu'elles forment sont remplies de cellules lymphatiques que l'on peut chasser par le pinceau ; les capillaires

qui parcourent le stroma donnent extérieurement insertion aux fibres du réticulum.

Conclusion : Lymphadénome (Chambard).

OBSERVATION IV (Partiellement inédite) (1).

CARCINOME DU TESTICULE GAUCHE. CASTRATION. GANGLION
SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE. MORT. PAS D'AUTOPSIE.

M. D..., 38 ans.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents personnels : Névropathe, n'ayant présenté aucune affection locale ou générale depuis son enfance.

Le cancer du testicule paraît avoir débuté chez lui au commencement de juin 1892. Le docteur Vételet, médecin aux Andelys qui soignait ce malade, jugeant qu'une intervention chirurgicale pouvait être utile appela en consultation le docteur Petel, de Rouen. Celui-ci fit la castration le 18 octobre 1892. A ce moment la tumeur formait une masse dure, oblongue, où tout était confondu. A la coupe de cette tumeur, on vit que le testicule était triplé de volume et qu'il était envahi par un néoplasme ayant toutes les apparences du cancer. La partie centrale était représentée par une substance d'un blanc grisâtre se déchirant facilement et envoyant des prolongements jusqu'au voisinage de l'albuginée. Le cordon sur la surface de section présentait la même lésion. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'un carcinôme.

(1) Cette observation, parue en partie dans les Archives de Médecine (avril 1893), a pu être complétée par nous à l'aide des renseignements que M. le docteur Godin, médecin-major aux Andelys, a mis gracieusement à notre disposition, ce dont nous le remercions bien vivement.

(L'examen a été pratiqué par M. le docteur Godin). — Au moment de l'opération on avait constaté quelques ganglions inguinaux peu volumineux.

Le 11 janvier 1892 M. Godin, appelé à voir ce malade pour la première fois, recherche l'adénopathie sus-claviculaire. Il trouve dans le creux sus-claviculaire gauche, un ganglion de la grosseur d'une petite noix, situé immédiatement en dehors du sternocléido-mastoidien et dépassant de la moitié de sa hauteur le bord postérieur de la clavicule; le ganglion est mobile sous la peau, dur, non mamelonné. Le malade ne sait pas à quel moment cette tumeur s'est développée. A cette date, le malade présente un état cachectique très avancé et il souffre de douleurs intenses revenant par crises ayant pour point de départ le cordon.

25 mars. — Dépérissement extrême : la tumeur ganglionnaire a doublé de volume et fait bomber la région sus-claviculaire; elle est dure un peu mamelonnée, indolente, mobile et sans adhérence avec la peau. Elle semble toujours formée par un ganglion unique qui plonge derrière la clavicule mais dont les trois quarts sont au-dessus de cet os. — Rien au creux sus-claviculaire droit; mais on trouve un ganglion dans l'aisselle gauche et plusieurs petits dans l'aîne du même côté.

24 mai 1893 : Mort du malade qui s'est affaibli progressivement. Le ganglion sus-claviculaire a énormément augmenté de volume : il occupe toute la moitié inférieure du triangle sus-claviculaire. Sa consistance est toujours très dure, sa surface est bosselée et il est très peu douloureux à la pression (pas du tout spontanément). — Phénomènes de compression dans les derniers jours.

Pas d'autopsie.

CHAPITRE II.

Symptomatologie. — Pronostic et traitement de l'adénite sus-claviculaire.

Les observations étant données, il nous faut maintenant étudier l'adénite sus-claviculaire, quelle est sa marche, sa symptomatologie, son pronostic. Nous devons dire en débutant que nous n'avons pas seulement basé cette étude sur les quelques cas rapportés dans ce travail, mais sur tous les faits du même genre que nous avons pu recueillir.

Et d'abord où siège habituellement cette adénite qui n'est pas encore entrée dans le vocabulaire chirurgical courant comme les autres adénites, inguinales, axillaires, sous-maxillaires, etc? Pour cela il est nécessaire de faire un peu d'anatomie. Son siège est exactement limité au triangle sus-claviculaire, formé en avant par le bord antérieur du muscle steno-cléidomastoïdien, en arrière par le bord antérieur du trapèze, en bas par la partie moyenne du corps de la clavicule. Cette région, qui renferme plusieurs vaisseaux importants sur lesquels nous aurons à revenir, répond au creux sus-claviculaire, variable suivant les sujets. Excessivement prononcé chez les adultes maigres et les vieillards emphysémateux, ceux qui ont, pour ainsi dire, la tête

dans les épaules, ce creux existe à peine chez les enfants et chez les obèses ; c'est-là qu'il faudra rechercher l'adénite.

Les ganglions qui nous intéressent, sont situés en nombre variable le long de la veine jugulaire interne dans une couche de tissu cellulaire. Ils sont recouverts par plusieurs plans successifs, la peau, une couche celluleuse sous-cutanée, le peaucier, une seconde couche celluleuse plus ou moins chargée de graisse, le feuillet superficiel de l'aponévrose cervicale, une troisième couche celluleuse fort lâche dont nous reparlerons à propos du diagnostic différentiel, enfin le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale. Disons encore que ces ganglions sont situés au-dessus des branches du plexus brachial et à proximité de l'œsophage et de la trachée.

A l'état normal, lorsqu'on palpe avec le doigt la région susclaviculaire, on ne doit sentir aucun ganglion, tout au plus le relief de la veine jugulaire externe. Lorsqu'il doit se développer une adénite dans cette région, le toucher vous fait percevoir, au-dessus du tiers moyen de la clavicule, une petite boule parfaitement indolore et qui ne se sera révélée au porteur par aucun signe. Cette petite tumeur augmentera graduellement de volume sans contracter aucune adhérence avec la peau ni la clavicule, sans amener ni œdème, ni changement de coloration du tégument. Nous la sentirons constituée tantôt par un ganglion unique, à surface unie, tantôt par plusieurs ganglions, roulant sous le doigt comme un amas de noisettes ou plus fréquemment agglomérés en une seule masse. Le volume

atteint par la tumeur peut varier de la grosseur d'une noix à celle d'une mandarine. Habituellement limitée exactement au creux sus-claviculaire, la masse ganglionnaire pourra en grossissant, ou s'insinuer en avant entre les deux muscles, grand et petit pectoral, ou s'élever en hauteur du côté de la région parotidienne, ou bien s'enfoncer derrière la clavicule dans la cage thoracique. C'est alors que nous pourrions voir survenir différents phénomènes douloureux, mais qui sont, somme toute, l'exception au début et qui n'apparaissent que tardivement; plusieurs fois nous avons vu relatées de violentes douleurs dans l'épaule et dans le bras gauche, douleurs presque continues avec des irradiations très vives se reproduisant sous forme de crises. La présence du plexus brachial explique parfaitement ces accès douloureux. Dans un autre cas nous avons vu indiquée une sensation de strangulation. Cela tient très probablement à ce que la tumeur bridée par la sterno-cleido-mastoïdien, est venue comprimer directement la trachée.

A quelle époque apparaît l'adénite sus-claviculaire ? L'on ne pourrait vraisemblablement pas fixer d'une façon précise sa date d'apparition. Dans nos deux observations de sarcome, nous la trouvons relatée six mois et 14 mois après l'apparition de la tumeur testiculaire, moins de six mois dans notre observation de carcinome. Insistons sur ce fait que cette époque est relativement précoce, qu'à ce moment on ne trouve aucun signe de généralisation dans aucun organe, alors que les ganglions iliaques sont à peine ou pas du tout augmentés de volume (Obs. II.). Cela nous

démontre tout l'intérêt qu'il y a à rechercher l'adénite sus-claviculaire gauche. Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre.

Quelle est la marche de l'affection ? D'une façon générale on peut dire qu'elle est relativement lente. L'adénite met toujours au moins deux ou trois mois à se développer et peut rester plusieurs autres mois stationnaire. S'il est vrai que les attouchements et les contacts irritants donnent toujours un coup de fouet à l'infection néoplasique, peut-être faut-il voir, dans la situation de l'adénite, la cause de sa marche peu rapide : protégée par la clavicule, elle est à l'abri de tous les chocs extérieurs.

Nous disons lente, l'adénite est aussi peu envahissante ; même dans les cas où elle est constituée par du carcinôme (Obs. IV), elle n'adhère jamais à la peau ni à la clavicule ; dans un seul cas, nous avons vu signalée son adhérence au muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Arrivons maintenant au diagnostic et aux rapports de l'adénite avec la tumeur testiculaire. En présence d'un malade, porteur d'une tumeur dans le creux sus-claviculaire gauche et concurremment d'une tumeur du testicule, que devons-nous penser ?

A vrai dire, le diagnostic ne nous semble pas difficile à cette heure, mais un observateur non prévenu aurait à hésiter entre trois hypothèses : la tuberculose, la syphilis et le néoplasme.

La tuberculose seule pourrait nous faire hésiter et nos deux observations de sarcôme sont là pour le montrer ; notre premier malade avait craché le sang,

l'autre avait eu une arthrite tuberculeuse ; pourtant les abcès froids du cou diffèrent par leur siège et leur marche de l'affection qui nous intéresse, ils occupent de préférence les régions sous-maxillaires et parotidiennes, mais de plus ils ne tardent pas à contracter des adhérences avec la peau et à s'ulcérer.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à la syphilis, ce n'est pas son siège ; les adénites syphilitiques sont surtout postérieures, et c'est à la nuque et non au-dessus de la clavicule que, depuis Ricord, on va « tâter le poulx à la vérole ».

Une tumeur primitive des ganglions sus-claviculaires, le lymphadénôme, pourrait nous faire hésiter, mais dans ce cas nous verrions rapidement les autres ganglions du cou envahis progressivement et puis il faudrait admettre deux tumeurs d'espèce différente sur un même individu.

Signalons, plutôt pour être complet que pour éviter une confusion vraiment impossible, la présence dans la région sus-claviculaire de tumeurs kystiques assez singulières, signalées pour la première fois par Tiliaux, en 1867. Les caractères particuliers de ces tumeurs les feront distinguer de suite : ces kystes sont mous, fuient sous le doigt, sont réductibles, mats à la percussion et donnent à l'auscultation un bruit de souffle léger, intermittent : ils siègent dans la troisième couche celluleuse dont nous avons parlé précédemment.

Nous voyons donc que tout naturellement nous sommes appelé à diagnostiquer adénite néoplasique par généralisation : nous en avons donné les caractères

res généraux et constants; nous n'avons pas à différencier l'adénite du sarcome, de celle du cancer ou du lymphadénome. ce serait sortir du cadre que nous nous sommes imposé.

Cela dit, le pronostic de l'affection n'est malheureusement pas douteux. L'adénite sus-claviculaire, c'est la généralisation du néoplasme et à ce titre c'est la mort à plus ou moins longue échéance.

De là découle tout naturellement cette conséquence, c'est que dans ce cas toute intervention chirurgicale sur le testicule et sur la tumeur sus-claviculaire est absolument contre-indiquée, comme inutile et dangereuse. Cette notion sera surtout utile dans le cas d'apparition précoce de l'adénite, alors que l'état général assez satisfaisant du malade, l'absence même de ganglions iliaques pourraient nous pousser à intervenir. L'adénite sus-claviculaire, si elle existe, doit être pour nous un critérium devant lequel nous devons nous incliner; c'est la preuve tangible que le néoplasme a déjà franchi les ganglions iliaques, qu'il a laissés indemnes quelquefois. Impuissant devant le cancer, nous n'aurons pas provoqué par une intervention malencontreuse, la mort prématurée du malade.

Dans les cas rares, nous l'avons dit, où par sa présence, l'adénite provoque des accès douloureux, nous pourrions à la rigueur soulager le malade en lui enlevant ce ganglion douloureux; mais, nous le répétons, nous aurons rarement à pratiquer cette extirpation, car les phénomènes de compression apparaissent presque toujours au terme de la maladie.

CHAPITRE III.

Mécanisme et pathogénie de l'adénite sus-claviculaire.

La symptomatologie de l'adénite sus-claviculaire étant connue, il nous faut maintenant expliquer les connexions qui unissent cette affection à la tumeur testiculaire, en un mot en faire la pathogénie. Nous devons dire en débutant que le mémoire de M. Troisier nous a été d'un utile secours et nous a indiqué la marche à suivre dans cette étude en guidant nos recherches.

Les tumeurs peuvent se propager par deux voies différentes : les lymphatiques et les veines. Pour nos deux observations de carcinome et de lymphadénome la propagation par les lymphatiques n'est pas douteuse ; pour nos deux cas de sarcôme il nous faut bien admettre également cette propagation, bien qu'ici l'on pourrait nous objecter que le sarcôme se propage habituellement pour les veines. C'est du reste l'opinion de Virchow : « Il existe, dit-il, dans son *Traité des Tumeurs*, une particularité qui distingue le sarcôme des autres tumeurs malignes, c'est la fréquente immunité des ganglions lymphatiques. On ne connaît presque pas de cas où les vaisseaux lymphatiques aient été

trouvés largement remplis de masses sarcomateuse. » C'est également l'opinion de Charcot, qui en 1874, dans une communication à la Société anatomique, disait que le sarcôme se généralise de préférence par les veines. Quoi qu'il en soit, l'autopsie de notre premier malade est là pour prouver l'infection lymphatique et les cas d'autopsie de sarcome testiculaire, que nous avons relatés, indiquent toutes l'envahissement des ganglions iliaques et lombaires. Il existe donc probablement pour le sarcôme du testicule une prédisposition particulière à se propager par les lymphatiques.

Ce mode d'infection admis, une première chose nous trappe en lisant nos observations, c'est l'existence constante de l'adénite à gauche, quel que soit le testicule atteint par le néoplasme : ce fait nous permet de soupçonner un mode de propagation unique pour les deux côtés. Quel est donc cet agent conducteur qui peut transporter la tumeur du testicule au creux sus-claviculaire ; l'anatomiste le devine aisément : c'est le canal thoracique, le trait d'union entre les lymphatiques testiculaires et les ganglions sus-claviculaires gauches. Constatons donc d'abord le fait anatomique, plus tard nous l'étudierons au point de vue mécanique et anatomo-pathologique.

Les lymphatiques du testicule décrits et étudiés successivement par Nück, Panizza, Sterger (Thèse de Berne, 1875) ont été divisés par Sappey, en superficiels et profonds. Les superficiels extrêmement nombreux, se portent vers la tunique albuginée, qu'ils traversent et qu'ils recouvrent en totalité lorsqu'ils sont complè-

tement injectés (Sappey) ; les uns convergent vers le bord supérieur de la glande, les autres se portent vers la tête de l'épididyme. Les lymphatiques profonds, situés dans l'épaisseur des cloisons qui séparent les divers lobules, se dirigent vers le bord supérieur de la glande, où ils se réunissent aux lymphatiques superficiels. De la réunion de tous les vaisseaux lymphatiques du testicule, résultent huit ou dix troncs volumineux, qui se portent vers l'anneau inguinal, le parcourent, entrent dans l'abdomen, montent jusqu'au niveau des vaisseaux du rein où ils se jettent dans les ganglions situés au devant des veines reinales. Après avoir traversé ces ganglions, ils se rendent en compagnie des lymphatiques du membre inférieur et des reins, dans le réservoir commun appelé citerne de Pecquet, origine du canal thoracique.

Le canal thoracique, comme on sait, remonte le long de la colonne vertébrale, traverse le diaphragme en compagnie de l'aorte, arrive jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale où il s'incline vers la gauche, passe en arrière de la croisse de l'aorte et de la carotide primitive, s'infléchit en arcade en parcourant un demi-cercle autour de la veine jugulaire interne dans laquelle il se jette à son confluent avec la veine sous-clavière gauche. C'est là qu'il reçoit les lymphatiques efférents des ganglions sus-claviculaires.

Voilà donc les anneaux de la chaîne constitués, mais avant d'aller plus loin nous devons répondre à une question qui pourrait s'élever : « Pourquoi ne pas admettre, pourrait-on nous dire, que l'infection néoplasique se transmette de ganglions à ganglions ». — Le

mode de propagation, répondrons-nous, supposerait l'envahissement successif des ganglions iliaques, lombaires et médiastinaux. C'est ce qui n'existe pas justement dans deux de nos observations. Nos observations le prouvent. Dans notre observation II, l'adénite sus-claviculaire apparaît alors que les ganglions iliaques ne paraissent pas envahis, et dans l'observation III nous remarquons à l'autopsie l'absence complète de ganglions médiastinaux: en second lieu un néoplasme du testicule droit devrait, dans cette hypothèse, s'accompagner d'une adénite sus-claviculaire droite; le fait seul de retrouver l'adénite à gauche prouve que le néoplasme a franchi le canal thoracique.

Examinons maintenant comment se fait cette propagation. Cette transmission peut se faire: 1° ou par la paroi du vaisseau lymphatique; 2° ou par son contenu.

Prenons la première hypothèse; ce serait alors par lymphangite que le néoplasme se généraliserait et nous ne le pensons pas, cela pour plusieurs raisons. D'abord ce mode de propagation ne pourrait s'appliquer qu'au cancer proprement dit, car si nous admettons bien que le sarcôme testiculaire peut se transmettre par les lymphatiques, nous devons reconnaître que l'on n'a jamais observé de lymphangite sarcômateuse; bien plus la lymphangite cancéreuse du canal thoracique serait l'immense exception, puisque nous n'en trouvons cités que trois cas dans la science; le premier par Andral en 1824 (Archives de Médecine), le second par Raymond (Société Médicale des Hôpitaux 1886 et le troisième par Troisier (ibidem 1890).

C'est donc par embolie que le néoplasme doit gagner la région sus-claviculaire. Est-ce une embolie inerte emportée à la dérive par le courant, est-ce au contraire un embolus réagissant et ajoutant son mouvement propre à celui du courant lymphatique qui l'entraîne? Si nous posons cette question c'est que nous pouvons lire dans le Dictionnaire encyclopédique, sous la signature de M. Raymond : « Les tumeurs qui peuvent donner lieu à des métastases sont constituées par un élément cellulaire essentiel, cellule du cartilage, du sarcôme, de l'épithéliome. Nous savons, d'après Waldeyer que la cellule épithéliale jeune est animée de mouvements amœboïdes qui facilitent sa pénétration dans les vaisseaux, les cellules sarcomateuses possèdent évidemment des propriétés analogues. » Virchow, dans son *Traité des tumeurs*, serait tout disposé à admettre ce genre de transmission ainsi que Recklinghausen, à l'aide de cellules mobiles errantes, dont malheureusement, dit Virchow, la démonstration immédiate n'a pas encore été faite. Après avoir signalé ces ingénieuses conceptions, qui ne sont que de pures hypothèses, nous devons admettre que rien n'empêche des embolies parfaitement inertes de progresser dans le canal thoracique : ces embolies formées de débris de tumeur, vont cheminer lentement dans le vaisseau, poussées par la vis à tergo, jusqu'à son embouchure dans la veine sous-clavière. Jusqu'ici tout se passe normalement, voici les difficultés qui vont commencer.

Comment notre embolie va-t'elle se rendre aux ganglions sus-claviculaires. Nous avons dit que ces ganglions envoyaient leurs vaisseaux efférents déboucher

dans le canal thoracique tout près de son embouchure ; un à deux centimètres à peine les séparent de ce vaisseau ; néanmoins ces deux centimètres au maximum suffisent pour qu'on soit en droit de nous objecter : Comment l'embolie va-t-elle remonter le courant de la lymphe. Comment va-t-elle franchir les valvules des canaux lymphatiques ?

Il y a vingt-cinq ans l'objection eût été sans réponse. Potain en 1868 s'exprime ainsi dans le Dictionnaire encyclopédique : « Une règle absolue c'est que la propagation des états morbides s'opère toujours dans le sens de la lymphe. » Voilà qui est net et qui eût évidemment tranché la question. Un an après, on pouvait lire dans le Traité des Tumeurs de Virchow, à propos de la généralisation des sarcômes : « Quelquefois, les endroits où se montrent les nodosités sarcomateuses se trouvent dans la direction des courants et des sucs ; une autre fois au contraire, les nouvelles nodosités se trouvent hors de la direction du courant ou directement en sens contraire. » Quoi qu'il en soit, cette propagation des tumeurs est aujourd'hui parfaitement contestée : l'envahissement des ganglions inguinaux dans un cancer de l'estomac (cas de Troisier) en est un exemple remarquable. Malheureusement cette question est toute neuve en France, où peu d'auteurs s'en sont occupés. Recklinghausen (1) y consacre un arti-

(1) Ueber die venöse embolie und den retrograden transport in den Venen und in den Lymphgefässen. Band C. Virchow's-Archiv.

cle en 1885, dans les Virchow's-Archiv. où, à l'appui de cette idée il apporte plusieurs observations, entre autres un cas de sarcôme du tibia avec métastase de la tumeur par embolie veineuse dans le foie et dans les reins.

Mais revenons à notre adénite sus-claviculaire. Après avoir montré la possibilité de ce transport rétrograde, nous croyons pouvoir affirmer qu'il existe, à l'embouchure du canal thoracique, un reflux constant de la lymphe dans les canaux qui y débouchent. Représentons-nous un peu ce qui se passe à ce niveau : nous voyons deux gros vaisseaux veineux s'aboucher pour former la veine cave supérieure, vaisseaux qui sont sujets à de continuelles variations de pression. Pendant l'inspiration, en effet, le vide se fait dans la cavité thoracique ; le sang des veines sous-clavière et jugulaire afflue dans ces gros troncs pour combler le vide ; au même moment, il y a appel de la lymphe dans le canal thoracique par cette aspiration et en même temps par l'abaissement simultané du diaphragme qui, refoulant les viscères, amène la compression des lymphatiques abdominaux. Pendant l'expiration, l'augmentation de pression intra-thoracique tend à refouler ce sang qui vient d'affluer et qui, de ce fait, subit un mouvement rétrograde. Le reflux se fait sentir dans toute la partie terminale du canal thoracique, car la première valvule située à l'embouchure de ce canal est complètement insuffisante, comme nous allons le voir. Les anatomistes nous montrent son manque de constance. Eustachi l'a trouvée demi-circulaire, Haller l'a décrite comme hymen circulaire ; Cruikshank et

Mascagny l'ont vue double, bien que généralement considérée comme unique. Sappey n'a trouvé parfois à la place de cette valvule que des filaments analogues à ceux qu'on trouve dans le sinus longitudinal supérieur, en sorte que cette barrière entre le sang et la lymphe est très variable, insuffisante et peut même manquer. Que conclure de ces faits? C'est que mal protégée par cette valvule, la première portion du canal thoracique, subit à chaque mouvement expiratoire un reflux de la lymphe, reflux qui doit se faire sentir dans les canaux lymphatiques qui y débouchent. Les oscillations du liquide, seront naturellement exagérées à chaque expiration brusquée et forcée, comme dans le rire, les sanglots, l'éternuement, les efforts musculaires ou ceux que nécessitent l'action de se moucher.

Ces considérations ne sont pas purement théoriques, elles reçoivent une confirmation directe par plusieurs expériences faites en Allemagne; et que nous croyons devoir rapporter ici, car, croyons-nous, elles sont peu connues en France.

Ces diverses expériences ont été faites dans le but de voir, dit Recklinghausen, si des particules solides développées dans l'organisme, pourraient être transportées loin de leur lieu de formation, par la puissance du courant rétrograde.

Les premiers faits ont été observés par Magendie, Gaspard, Virchow, Frerichs, Cohn. Ces auteurs injectaient du mercure dans la veine jugulaire des animaux et en retrouvaient dans les veines du foie, et même dans celles des reins.

Une objection sérieuse qui fut élevée, détermina de nouvelles recherches. Le mercure, dans cette expérience, ne pouvait-il pas être tombé dans les veines où on l'avait trouvé, en vertu de son propre poids, sans qu'il y ait eu de courant rétrograde ?

On prit alors un corps très léger, l'air atmosphérique et, en répétant l'expérience, on retrouva des bulles de ce gaz dans les veines du foie et des reins : dès lors on pouvait considérer que le courant veineux n'avait pas pu être forcé.

Jurgensen contrôla ces faits et objecta que l'air retrouvé avait pu tout aussi bien être apporté par les capillaires artériels. L'objection était sérieuse. Aussi Cohn, pour y répondre, injecta dans la veine jugulaire, avec une pression très faible, une substance facilement reconnaissable et à poids spécifique très léger, du cinabre, qu'il retrouva dans les veines du cœur, du foie, des reins et de l'abdomen.

Dans le même esprit Heller injecta dans les veines du cou et toujours à une pression très faible, de fins grains de froment (Weizengries) et constata que ces grains se retrouvaient dans les veines du foie.

De ces faits nous pouvons conclure avec Recklinghausen, que les veines jugulaire, sous-clavière, cave inférieure ainsi que les sinus cérébraux et les veines cardiaques sont ouvertes au transport rétrograde. Nous y ajoutons le canal thoracique dans sa première portion, puisque la valvule qui doit le fermer à son embouchure est complètement insuffisante. Les changements de pression qui, nous l'avons vu, correspon-

dent à chaque expiration, rendent parfaitement compte de ces faits.

Reste à résoudre une dernière question, celle des valvules; comment l'embolie va-t-elle les franchir ?

Si l'on s'en rapportait à Bonamy (cité par Sappey), il serait très aisé de répondre: cet auteur prétend en effet que les lymphatiques de la tête et du cou, sont généralement dépourvus de valvules. Ce n'est pas l'avis de tous les anatomistes; d'ailleurs nous croyons pouvoir résoudre la difficulté autrement. Les valvules des lymphatiques sont-elles toujours suffisantes? Sappey le prétend et il affirme même leur supériorité sur les valvules veineuses. « Ces dernières, dit-il, à la suite d'efforts graduels et prolongés finissent parfois par céder; celles des lymphatiques ne cèdent jamais; si l'effort dépasse une certaine limite, le conduit se déchire ». Beaunis n'est pas si affirmatif: pour lui toutes les valvules lymphatiques n'ont pas la forme typique de croissant disposés l'un vis-à-vis l'autre sur la paroi du vaisseau, « On en a trouvé, dit-il, qui étaient constituées par une sorte de diaphragme simple, percé d'un orifice central ». D'ailleurs, la première valvule du canal thoracique est, nous l'avons vu, normalement insuffisante. Bien plus, tout conduit lymphatique dilaté outre mesure d'une façon lente et continue doit forcément, par l'écartement de ses bords, rendre ses valvules insuffisantes.

C'est ce qui se produit, pour les lymphatiques qui nous intéressent, sous l'effort de la poussée rétrograde. D'ailleurs des faits de ce genre ont déjà été signalés. Morgagni rapporte plusieurs cas d'hydrothorax dans

lesquels il trouva les lymphatiques du poumon distendus de telle façon que les valvules de quelques-uns étaient devenus insuffisantes.

Telle est, semble-t-il, la marche suivie par notre embolie. Nous avons pu, croyons-nous, répondre aux objections qui auraient pu s'élever à propos de cette dernière partie de notre travail, qui n'est qu'un chapitre d'une étude intéressante à faire, sur la propagation retrograde des tumeurs.

CONCLUSIONS

Des deux observations personnelles que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Poncet et d'un autre fait observé à la même époque (observation du D^r Godin) nous pouvons conclure.

I. — Les tumeurs malignes du testicule peuvent s'accompagner d'adénite sus-claviculaire gauche.

II. — Cette adénite, dont les signes à un moment donné de son évolution sont parfois ceux d'un gonflement diffus de la région sus-claviculaire gauche (voir nos deux observations), peut survenir d'une façon précoce en dehors de tout phénomène apparent ganglionnaire de généralisation.

III. — Cette adénopathie s'explique par la propagation d'une embolie cancéreuse qui, partie des lymph-

tiques du testicule remonte, jusqu'à l'embouchure du canal thoracique. De là, par suite de conditions anato-mo-physiologiques particulières donnant naissance au niveau de la crosse du canal thoracique à un reflux de la lymphe, elle gagne les ganglions sus-claviculaires.

IV. — Cette lésion ganglionnaire à distance peut avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic, mais elle a surtout une valeur pronostique et opératoire.

Dans le cancer du testicule, l'adénite sus-claviculaire, d'après M. Poncet, contre-indique toute intervention chirurgicale.

Dorénavant, en tenant compte du signe séméiologique nouveau sur lequel nous appelons l'attention, dans le cas de néoplasme du testicule, l'exploration méthodique du creux sus-claviculaire gauche s'impose. Elle doit compléter l'examen du malade.

VU : P^r LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 6 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Virchow. — Traité des tumeurs. Tome II.

Mazand. — Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral (th. Paris).

Belin. — Des adénopathies externes à distance, (th. Paris 1888).

Troisier. — Archives de médecine, 1889, 1893.

Bulletin de la Société Anatomique, 1863, 1867, 1874.

Raymond. — Article Embolie du Dictionnaire Encyclopédique.

Recklinghausen. — Virchow's Archiv. Band C. 1885.

Sappey. — Anatomie du système lymphatique.

Talavera. — Du lymphadénôme du Testicule, (th. Paris).
